



## 6005-71. EVOLUCIÓN DEL INTERVALO QT EN RELACIÓN CON LA TERAPIA FARMACOLÓGICA ESPECÍFICA Y NO ESPECÍFICA EN PACIENTES INGRESADOS POR NEUMONÍA COVID-19

Paloma Remior Pérez, Eusebio García-Izquierdo Jaén, Daniel García Rodríguez, Jorge Toquero Ramos, Sara Lozano Jiménez, Víctor Castro Urda, Darwin Velloza Urrea, Cristina Aguilera Agudo, Joel David Morillo Díaz, Diego Jiménez Sánchez, Chinh Pham Trung e Ignacio Fernández Lozano

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La terapia farmacológica empleada en pacientes afectados por SARS-CoV-2 presenta un potencial riesgo arritmogénico asociado a la prolongación del intervalo QT. Nuestro objetivo fue analizar la evolución del intervalo QT a las 48 h en relación al tratamiento específico y sintomático de pacientes ingresados por neumonía COVID-19.

**Métodos:** Registro prospectivo de pacientes ingresados por COVID-19 en Marzo 2020 con electrocardiograma basal y a las 48 h. Se midió QTc (Bazett) de forma automática (DXL ECG Algorithm, TMV, Philips). Se registró la medicación habitual y la empleada durante el ingreso, con especial atención a fármacos con riesgo de prolongación de QT (FQT). Se consideraron pacientes de alto riesgo: QTc > 460 ms y/o incremento QTc (iQTc) > 60 ms a las 48h.

**Resultados:** Se incluyeron 161 pacientes (edad media  $64 \pm 15$  años, 65% varones). Las características basales y tratamiento recibido se especifican en la tabla. El tratamiento específico más utilizado fue la doble terapia (68,9%) con hidroxiclороquina y lopinavir/ritonavir. El 22,4% tomaban FQT previamente al ingreso, porcentaje que aumentó hasta el 37,9% a las 48h (incremento 15,5%; IC95% 5,7-25,3;  $p = 0,003$ ), siendo los más frecuentes metoclopramida, ondansetrón, loperamida y levofloxacino. Globalmente a las 48 h el QTc se prolongó significativamente ( $435 \pm 25$  basal vs  $443 \pm 30$  ms;  $p = 0,001$ ) y 27 pacientes (23%) presentaron un QTc > 460 ms y/o iQTc > 60 ms. No hubo diferencias en cuanto a QTc e iQTc a las 48 h entre las distintas combinaciones de terapia específica ( $p = 0,633$ ;  $p = 0,407$ ). La utilización de otros FQT durante el ingreso se asoció a QTc más prolongado a las 48h ( $449 \pm 33$  vs  $440 \pm 28$  ms;  $p = 0,064$ ) y mayor iQTc ( $13 \pm 28$  vs  $4 \pm 28$  ms;  $p = 0,066$ ). A las 48 horas, el 54% de los pacientes de alto riesgo habían recibido otros FQT, frente al 33% en el resto de pacientes ( $p = 0,018$ ) (fig.).

### Características basales y terapia específica COVID-19

Características basales

n (%)

Hipertensión arterial	56 (35%)
Diabetes mellitus	19 (12%)
Dislipemia	48 (30%)
Obesidad (IMC > 30)	31 (19%)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	26 (16%)
Terapia específica COVID 48h	
Triple terapia: HCQ + LPV/RTV + AZT/quinolona	30 (18,6%)
Doble terapia: HCQ + LPV/RTV	111 (68,9%)
Monoterapia AZT o LPV/RTV	12 (7,5%)
Otras combinaciones	8 (5%)

AZT: azitromicina; HCQ: hidroxiclороquina; IMC: indice masa corporaLPV/RTV: lopinavir/ritonavir.



*Comparación sobre el porcentaje de FQT no específicos recibidos en el grupo de alto riesgo ( $QTc > 460$  ms o incremento  $QTc > 60$  ms) frente al resto.*

**Conclusiones:** En nuestra cohorte de pacientes ingresados por neumonía COVID-19 observamos un aumento significativo del  $QTc$  a las 48 h, sin diferencias entre las distintas combinaciones farmacológicas del tratamiento específico. El uso otros FQT mostró una tendencia a prolongar el intervalo  $QTc$  a las 48 h y se relacionó con la presencia de un  $QTc > 460$  ms y un  $iQTc > 60$  ms a las 48h.